

LES CONSEQUENCES SOCIO-ECONOMIQUES DE L'HYDATIDOSE PULMONAIRE CHEZ L'ENFANT ALGERIEN

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Juin 1974

par

AMMAR-KHODJA MOULOUD

Né le 30 Janvier 1947 à Akbou

MEMBRES DU JURY

MM. B. KHATL, Professeur de Pédiatrie et de Puériculture } **Président**

M. KEDDARI, Maître de Conférences, Agrégé de Pédiatrie et
de Puériculture }
J.P. GRANGAUD, Maître de Conférences, Agrégé de Pédiatrie et
de Puériculture } **Juges**
M.O. HAMLADJI, Maître de Conférences, Agrégé de Chirurgie
Thoracique et Cardio-Vasculaire }



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548212_0025

LES CONSEQUENCES SOCIO-ECONOMIQUES DE L'HYDATIDOSE PULMONAIRE CHEZ L'ENFANT ALGERIEN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Juin 1974

par

AMMAR-KHODJA MOULOUD

Né le 30 Janvier 1947 à Akbou

MEMBRES DU JURY

MM. B. KHATI, Professeur de Pédiatrie et de Puériculture

} **Président**

M. KEDDARI, Maître de Conférences, Agrégé de Pédiatrie et
de Puériculture

J.P. GRANGAUD, Maître de Conférences, Agrégé de Pédiatrie et
de Puériculture

M.O. HAMLADJL, Maître de Conférences, Agrégé de Chirurgie
Thoracique et Cardio-Vasculaire

} **Juges**



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Je dédie cette Thèse :

A MA FEMME,

Avec tout mon amour, en la remerciant
pour l'aide qu'elle m'a apportée durant
ce travail.

A MA FILLE KARIMA,

Avec toute mon affection.

A MON PERE ,

A MA MERE ,

A MES GRANDS-PARENTS,

En témoignage de profonde affection
et de reconnaissance.

A MES FRERES,

A MES SOEURS,

A MES BEAUX-PARENTS,

A MES BEAUX-FRERES ET BELLES-SOEURS,

A MES NEVEUX ET NIECES ,

A MES COUSINS,

Avec mon affection la plus sincère,

A TOUS LES MIENS.

A NOTRE MAITRE,

Monsieur le Professeur B. KHATI

qui nous fait le grand honneur de présider le Jury de notre Thèse.

Vous nous avez reçu dans votre service avec une extrême bienveillance.

Vos conseils expérimentés et éclairés sont pour nous d'une valeur considérable.

Nous avons pu bénéficier pendant nos études de la richesse et de la clarté de votre enseignement.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé

J. P GRANGAUD

Qui nous a fait le grand honneur de nous confier ce travail.

Nous le remercions pour le dévouement dont il a toujours fait preuve à notre égard.

La Richesse et la compétence de son enseignement ont contribué grandement à notre formation.

Qu'il trouve ici l'expression de notre vive reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé

M. KEDDARI

Qui nous accorde la faveur d'être parmi nos juges.

Par son expérience et la valeur de son enseignement il représente pour nous l'exemple à suivre.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici notre fidèle attachement et notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé

M. O HAMLADJI

Qui accepte de dispenser de son temps
précieux pour juger notre travail.

Avec nos remerciements chaleureux,

Veuillez trouver ici l'expression de
notre haute considération.

Au Docteur CERNAY

Pour ses conseils éclairés qui nous ont
beaucoup aidé, nous lui exprimons notre
reconnaissance et nos remerciemens.

A TOUS MES AMIS

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

A NOS MAITRES DES HOPITAUX.

I N T R O D U C T I O N

L'hydatidose pulmonaire provient du développement au sein du poumon d'une larve d'un petit cestode appelé *Taenia Echinococcus Granulosus*; d'où le nom aussi d'Echinococcose pulmonaire.

Il existe d'autres localisations de cette affection, mais l'atteinte pulmonaire est l'une des plus fréquentes chez l'enfant.

Les indices épidémiologiques recueillis récemment dans notre pays (5, 6 pour 100. 000 ha

(Enquêtes de RUFF en 1953

de PAMPIGLIONE et MOKHTARI en 1966

de D. LARBAOUI en 1971) cités par A. SEBIANE - Thèse Alger-1973) le placent parmi les régions du globe les plus infestées par cette parasitose, maintenant bien connue.

Ceci est dû principalement au type d'élevage pastoral traditionnel existant dans les pays du Maghreb.

Les Aspects cliniques, radiologiques et épidémiologiques concernant cette maladie aussi bien chez l'enfant que chez l'Adulte, ont déjà fait l'objet de nombreux travaux.

Dans notre étude, nous envisagerons les conséquences socio-économiques de cette parasitose chez l'enfant.

Cette recherche revêt à notre sens une grande importance dans le cadre de la Santé Publique, notamment dans un pays comme le nôtre en voie de développement, où la majorité de la population a moins de vingt (20) ans.

Nous avons réparti notre travail en trois Chapitres :

1/ METHODES ET MATERIEL D'ETUDE

2/ RESULTATS

a) Conséquences Economiques

- Coût hospitalier
- Dépenses dues à la saisie et destruction des abats infestés

b) Essai d'Evaluation des Conséquences Psychosociales.

3/ DISCUSSION.

METHODES ET MATERIEL
=====

d'ETUDE
=====

(Chapitre I)

I - MATERIEL UTILISE

Nous prenons un groupe de malades atteint d'hydatidose pulmonaire. Il s'agit de 104 enfants hospitalisés de septembre 1965 à Mai 1972 dans un service de Pneumophtisiologie de la Clinique de Pédiatrie, au C. H. U Issaad Hassani de Béni-Messous à Alger.

La preuve diagnostique pour tous ces malades a été apportée par la clinique chirurgicale Thoracique du C. H. U. Mustapha.

A. SEBIANE s'est déjà penché, dans une étude approfondie (Thèse Alger 1973), sur les aspects radiologiques et cliniques de ce lot de malades.

A - Répartition selon les années : Tableau I)

Années	Nombre de Cas	%
1965 - 66	2	1,9
1966 - 67	5	4,8
1967 - 68	6	5,8
1968 - 69	10	9,6
1969 - 70	12	11,5
1970 - 71	31	29,8
1971 - 72	38	36,6
Total	104	100

Ce tableau appelle une remarque importante :

- de 1970 à 1972, le nombre de cas a augmenté des 2/3.

Cet accroissement s'explique par l'augmentation de la fréquence de la maladie, mais aussi par d'autres facteurs :

- . plus grande connaissance de l'affection et attention, de plus en plus attirée.
- . amélioration des structures médicales d'accueil.
- . grand nombre d'enfants sortis contre avis médical avant 1969 parce que les parents n'acceptaient pas l'intervention chirurgicale.
- . attente de lits disponibles dans le service de chirurgie thoracique souvent surchargé parce que recevant des malades venant de tout le territoire national.
- . avant 1969, au C. H. U Beni-Messous, un seul médecin en pneumophthi:siologie avait tenu ses archives à jour.
- . bon nombre de dossiers d'enfants opérés avant 1970 ont été égarés.

B - Selon l'âge : Tableau II

Age	Nbre de Cas	%
3 à 5 ans	20	19,3
6 à 10 ans	46	44,2
11 à 15 ans	37	35,5
16 ans	1	0,1
Total	104	100

On s'aperçoit que les enfants âgés de 5 à 15 ans sont les plus touchés par cette maladie (environ 80 %).

C'est l'âge auquel l'enfant établit des contacts fréquents avec les animaux domestiques (chien) en milieu rural, et sort souvent de la maison. Mais c'est aussi celui de la scolarisation.

La longue hospitalisation entraînée par la maladie risque fort dans ce cas, de perturber la scolarisation.

C - Selon le sexe (Tableau III)

Garçons	57	54,8 %
Filles	47	45,2 %

On note une légère prédominance masculine qui pourrait être due au fait que le garçon généralement, "plus audacieux" que la petite fille, joue beaucoup plus avec le chien, et suit plus volontiers les adultes dans les paturages des moutons.

Néanmoins quelques auteurs ont parfois retrouvés une prédominance féminine (D. LARBAOUI Casablanca 1971).

D - Selon l'origine : Tableau IV

Région d'Origine		Nombre de Cas	Pourcentage	
ALGER	Citadins	17	16,4 %	
	Ruraux	32	30,4 %	
TITTERI		19	18,3	45,2 %
SETIF		11	10,6	
EL-ASNAM		9	8,6	
GRANDE-KABYLIE		8	7,7	
AURES		2	83,6 %	
ANNABA		2		
OASIS		1		
SAOURA		1		
MOSTAGANEM		1		
ORAN		1		
TOTAL		104	100 %	

Ce tableau ne reflète pas la répartition géographique exacte de l'hydatidose pulmonaire en Algérie, parce que tous les cas de Kystes Hydatiques n'ont pas été pris en compte dans notre travail.

Nous retenons donc celle donnée par :

MOKHTARI (1966) ET LARBAOUI (1971)

On remarque que nos malades dans 83,6 % des cas, possèdent une origine rurale.

En effet seuls sont considérés citadins, les enfants habitant les grands centres urbains.

Par exemple ceux venus de Blida, Cheragas, Boufarik vivent dans les banlieues de ces villes.

D'ailleurs parmi les "Algérois" même, bon nombre sont originaires de l'intérieur du pays, et n'ont émigré vers la capitale que depuis peu d'années (Cf. exode rural après 1962).

II - METHODES D'ETUDE

A - Conséquences Economiques

Nous évaluerons tout d'abord le coût hospitalier de la maladie.

A cette fin, nous avons recueillis les documents relatifs aux charges engendrées par l'hospitalisation auprès des économes des 2 hopitaux "Issaad Hassani" et "Mustapha".

Ces documents concernent les 104 malades de notre enquête hospitalisés durant la période 1965-1972.

C. H. U. Mustapha (Tableau V)

Années	Prix de la Journée d'hospitalisation
1964 - 67	30, 00 DA
1968	28, 85 DA
1969	30, 00 DA
1970	30, 00 DA
1971	35, 00 DA
1971 à compter du 01/10/71	70, 00 DA
1972	62, 25 DA

Ce tableau nous montre qu'après le 01/10/1971 le prix de la journée d'hospitalisation a pratiquement doublé.

C. H. U. Mustapha Tableau VI

Années	Prix d'une journée d'hospitalisation Forfait Journalier : 3, 30 DA
1965	55, 00 DA + 3, 30
1966	55, 00 DA + 3, 30
1967	60, 20 DA + 3, 30
1968	65, 80 DA + 3, 30
1969	66, 40 DA + 3, 30
1970	68, 00 DA + 3, 30
1971	70, 00 DA + 3, 30
1972	95, 00 DA + 3, 30

Interventions

Kystectomie }
 Segmentectomie } = 525, 00 DA (K 150)

Lobectomie }
 Pneumonectomie } = 595, 00 DA (K 170)

Par la suite, nous nous sommes référés à un travail qui a évalué les pertes économiques engendrées par la saisie et la destruction des abats infestés (D. LARBAOUI - 1er Congrès Maghrébin - Casablanca - Mai 1980).

B - Conséquences psychosociales :

La Méthode idéale eut été sans doute d'interviewer les malades et leurs proches sur la base d'un questionnaire ouvert conçu à l'avance.

Cependant pour toutes les difficultés qu'elle soulève, cette procédure n'a pas pu être employée.

En effet, la technique de l'interview requiert, au préalable un certain nombre d'exigences, que l'on peut résumer ainsi :

- une disponibilité extrêmement grande de la part de l'enquêteur pendant une période assez longue.
- un enquêteur formé et habitué à mener des interviews.
- l'acceptation par les enquêtés de recevoir en leur domicile une personne étrangère.
- une campagne de sensibilisation des parents en vue de les inciter à répondre sincèrement aux questions posées; à cette fin des interventions fines et longues de la part du chercheur, s'imposent au départ.

Il faut citer également les entraves non moins importantes consistant dans les moyens matériels à déployer, pour mener à bien une telle stratégie d'enquête :

- enquête très onéreuse
- déplacements multiples et nombreux
- fixation de rensez-vous
- parents qu'on ne trouve pas, etc...

Pour toutes ces raisons, la méthode de l'enquête par voie postale a retenu notre option.

Bien entendu, la qualité des réponses recueillies s'en trouve largement affectée - ; elle varie selon les questions.

Nous nous sommes heurtés, souvent aux problèmes qui accompagnent toute enquête psychosociologique :

- questions mal comprises d'où mauvaises réponses
- réticence des enquêtés à répondre à certaines questions
- manque d'objectivité des réponses obtenues, d'où contradictions multiples.

Les remarques seront faites, à ce sujet, au fur et à mesure des rubriques étudiées.

Sur cent questionnaires envoyés une première fois (car 4 malades des 104 dossiers récupérés étaient décédés) 42, nous ont été retrouvés et 58 sont demeurés sans réponse. Un second envoi fut fait aux récalcitrants.

En définitive, nous avons obtenu 75 questionnaires remplis, matériel dont la valeur d'exploitation n'était pas toujours évidente.

Notre questionnaire a été divisé en quatre parties :

- = l'enfant et l'école
- = l'enfant et son insertion sociale
- = l'enfant et sa cicatrice
- = état de santé de l'enfant depuis l'intervention chirurgicale.

- QUESTIONNAIRE MEDICAL -

Vous êtes prié de remplir avec soin ce questionnaire destiné à fournir les renseignements nécessaires aux statistiques de l'hôpital.

Il s'agit de porter une croix dans la case oui ou non (x) caractérisant l'enfant.

Pour les questions 1 (F), 2 (F), 4 (C), inscrire la réponse dans l'espace prévu à cet effet.

Nom :

Age :

Poids :

Prénom :

Taille :

1) a- L'enfant allait-il à l'école avant l'intervention ?

OUI ☐

NON ☐

b- Aimait-il l'école ?

OUI ☐

NON ☐

c- Après l'hospitalisation était-il pressé de retourner à l'école ?

OUI ☐

NON ☐

d- Y est-il retourné ?

OUI ☐

NON ☐

e- Son idée sur l'école a-t-elle changé quelques temps après sa reprise des classes ?

OUI ☐

NON ☐

f- Dans quelle classe était-il avant son hospitalisation ?

g- Dans quelle classe est-il actuellement ?

h- Ses résultats scolaires sont-ils les mêmes ?

OUI ☐

NON ☐

Moins bons ? ☐

Meilleurs ? ☐

Qu'avant l'hospitalisation ?

j- A-t-il retrouvé les mêmes camarades de classe ?

OUI ☐

NON ☐

k- S'est-il retrouvé plutôt avec des éléments plus jeunes ?

OUI ☐

NON ☐

.../...

1- Se plaint-il de cela ?

OUI ☐

NON ☐

2) a- A-t-il retrouvé les mêmes compagnons de jeux ?

OUI ☐

NON ☐

b- Si, ~~non~~ est ce parce qu'il ne veut pas les retrouver ?

OUI ☐

NON ☐

c- Semble-t-il déçu ?

OUI ☐

NON ☐

d- Quels sont ses jeux préférés actuellement ?

e- Parle t-il des camarades qu'il a eu à l'hôpital ?

OUI ☐

NON ☐

f- Quels étaient ses jeux préférés avant son hospitalisation ?

g- Joue t-il avec ses frères et sœurs ?

OUI ☐

NON ☐

h- S'entend-il avec eux ?

Comme avant ☐

moins qu'avant ☐

mieux qu'avant ☐

j- Se met-il de côté quand il y a beaucoup de monde autour de lui ?

OUI ☐

NON ☐

k- Etait-il ainsi avant sa maladie ?

OUI ☐

NON ☐

3) a- Parle t-il de sa cicatrice ?

OUI ☐

NON ☐

b- Dans le choix de ses vêtements, avez-vous l'impression qu'il en tient compte ?

OUI ☐

NON ☐

4) a- A-t-il été malade depuis sa sortie de l'hôpital ?

OUI ☐

NON ☐

b- S'agit-il de la même affection ?

OUI ☐

NON ☐

c- De quelles maladies a-t-il été affecté après sa sortie de l'hôpital ?

Nous vous demandons de bien vouloir nous signaler des détails qui vous auraient frappés concernant l'enfant, et qui n'auraient pas été prévus dans ce questionnaire.

R E S U L T A T S

(CHAPITRE II)

A - CONSEQUENCES ECONOMIQUES

B - CONSEQUENCES PSYCHOSOCIALES

CONSEQUENCES ECONOMIQUES

A - Coût Hospitalier

- Durée d'hospitalisation
- Sanctions chirurgicales
- Coût de la maladie

B - Pertes économiques dues a la saisie et à la destruction des abats infestés

C - Coût annuel approximatif de la maladie.

A - COUT HOSPITALIER

1) Durée d'hospitalisation des enfants

a) au C. H. U. Beni-Messous: Tableau VII

0 à 30 jours	36	34, 6 %
31 à 90 jours	38	36, 5 %
91 à 180 jours	17	16, 3 %
plus de 180 jours	13	12, 5 %

65, 3 %

La durée moyenne d'hospitalisation de chaque enfant pour cet hopital est de : 72 jours

68 soit les 2/3 environ de nos malades ont séjourné plus d'un mois, avant leur transfert en chirurgie thoracique à l'hopital Mustapha.

Parmi eux, 30 sont restés plus de 3 mois à Béni-Messous ; et 13 ont dépassé les 6 mois d'hospitalisation.

Rappelons que quelques uns de nos malades ont présenté :

- soit une localisation bilatérale de leur hydatidose,
- soit une association avec un Kyste hydatique du foie (7 cas) ou parfois avec une tuberculose pulmonaire (3 cas).

Mais ces données sont loin de justifier amplement ces longues hospitalisations.

b) au C. H. U. "Mustapha" : Tableau VIII

0 à 30jours	28	26,9 %	72,9 %
31 à 90jours	68	65,3 %	
91 à 180Jours	9	7,6 %	

La durée moyenne d'hospitalisation pour chaque enfant dans ce centre est de : 43 jours

76 enfants soit 72,9 % (les 3/4 environ) ont séjourné plus d'un mois en Chirurgie Thoracique.

Sur l'ensemble de nos malades, 7(sept) ont présenté des complications per ou post-opératoires dont 4(quatre) ont entraîné des décès (soit 3,8 %).

2) Sanctions chirurgicales : Tableau IX

Kystectomie	69
Segmentectomie	07
Lobectomie	27
Pneumonectomie	01
Total	104

o 76 enfants soit 73 % (environ les 3/4) ont subi une Kystectomie simple ou multiple, ou une segmentectomie, et ont été opérés en un seul temps.

o 27 enfants soit 26 % (environ 1/4) ont subi une lobectomie le plus souvent simple.

o On retrouve un seul cas de pneumonectomie.

3) Coût de la maladie

On le déduit à partir :

. du prix de la journée d'hospitalisation pour les différentes années (1965 à 1972) aux C. H. U. Béni-Messous et Mustapha.

malades.

. du prix des différentes interventions pratiquées sur nos

hopitaux.

. du nombre de jours passés par chaque enfant dans les deux

Nous retrouvons les sommes suivantes :

C. H. U. Béni-Messous	:	256.155,12 DA
C. H. U. Mustapha	:	475.261,28 DA
Le Total s'élève à	:	731.416,40 DA

Le prix de revient pour un seul malade ainsi calculé, est donc de : 7 032,85 DA.

Notons que D. LARBAOUI dans un travail similaire trouve des chiffres plus bas, pour ce prix de revient d'un seul malade (4 940 DA).

Remarque :

De nombreux malades ont séjourné dans des centres hospitaliers de l'intérieur du pays avant leur admission au C. H. U. Béni-Messous.

Ces patients ont parfois reçu des traitements inutiles, voire dangereux. Des dépenses ont été effectuées en ces occasions.

Nous devons les ajouter au coût initialement trouvé pour obtenir le coût réel de la maladie.

B - PERTES ECONOMIQUES DUES A LA SAISIE ET A LA DESTRUCTION
DES ABATS INFESTES

Pour cette évaluation, nous nous référons à l'un des rares travaux ayant été effectué sur ce sujet; celui de D. LARBAOUI (premier Congrès Médical Maghrébin - Casablanca - Mai 1971).

Son étude a intéressé la période allant de 1963 à 1970.

En voici les résultats :

★ Nombre de bêtes abattues et contrôlées de 1963 à 1970 au niveau des abattoirs d'Algérie.

ESPECES	Nombre d'Animaux sacrifiés de 1963 à 1970
BOVINS	1.159.666
OVINS	12.288.294
CAMELINS	40.841
EQUIDES	95.148
CAPRINS	1.120.757
Total	14.704.706

⌘ Pourcentage d'infestation par espèce :

	Foie %	Poumon %
BOVINS	6, 72	7, 34
OVINS	12, 18	13, 25
CAMELINS	24	26, 24
EQUIDES	0, 9	0, 98
CAPRINS	7, 38	8, 06

Tenant compte des poids et des prix moyens des abats (Foie et poumon) dans chaque espèce, D. LARBAOUI a calculé la perte économique subie en une année, par le fait de la viande impropre à la consommation.

Cet auteur l'estime à : 3. 337. 750 DA/année.

C - COUT ANNUEL APPROXIMATIF DE LA MALADIE

D. LARBAOUI a pris en compte, d'une part les pertes annuelles dues à la saisie et à la destruction des abats infestés, d'autre part le coût annuel hospitalier.

Il a en outre estimé que 500 cas de Kyste Hydatique du poumon sont traités chaque année dans notre pays.

Si nous adoptons la même démarche, notre coût hospitalier serait de : 3. 516, 000 DA.

Donc pour nous, les dépenses annuelles engendrées par cette affection s'élèveraient à :

3. 516. 000 DA
+ 3. 337. 750 DA

Total = 6. 853. 750 DA soit environ 7. 000. 000 dinars.

Remarque :

Certains facteurs entraînent des dépenses qui devraient figurer dans cette somme finale du prix de la maladie.

A titre d'exemple, citons :

- Les frais causés aux familles de nos malades (habitant la campagne, souvent bien loin de la capitale).

- Les traitements longs et coûteux administrés à titre ambulatoire ou en milieu hospitalier parfois, aux enfants pour cause de diagnostic erroné.

D'un point de vue économique, la conclusion qui s'impose, c'est le coût excessif de la maladie, exigeant par conséquent des mesures énergiques de prévention.

CONSEQUENCES PSYCHOSOCIALES

=====

Nous allons considérer les différentes rubriques avec pour chacune d'elles, un effort d'analyse des questions qui les composent.

Mais l'ordre de traitement de ces réponses sera différent de leur succession dans le questionnaire ; celui adopté, nous parait en effet plus utile au bon déroulement de notre analyse compte tenu des types de réponses obtenus.

A - L'ENFANT ET L'ECOLE (1ère Rubrique)

a) L'enfant allait-il à l'école avant l'hospitalisation ?

75 Réponses	: 57	<u>OUI</u>	(76 %)
	18	<u>NON</u>	(24 %)

d) Y est-il retourné ?

72 réponses	: 60	<u>OUI</u>	soit 83 %
	12	<u>NON</u>	soit 17 %

[Les pourcentages sont calculés en fonction du nombre de réponses à chaque question.]

Le style des réponses obtenues (certains répondant NON à la question(a) et NON à la question (d) laisse supposer que parmi les 12 (douze) enfants n'ayant pas repris l'école, certains appartiennent au groupe des dix-huit (18) non scolarisés avant l'hospitalisation.

Le reste est constitué de ceux qui ont quitté l'école entre temps.

— Donc, on n'enregistre pas de cas nombreux d'enfants ayant déserté l'école juste après la sortie de l'hôpital.

On ne peut pas dire que la maladie ait été la cause principale de l'abandon des classes chez ces enfants.

f) Dans quelle classe était l'enfant avant son hospitalisation ?

48 réponses :

- 43 fréquentaient l'école primaire (soit 89 %)
- 05 étaient dans le secondaire (soit 11 %).

g) Dans quelle classe est-il actuellement ?

48 réponses :

- 30 enfants fréquentent l'école primaire
- 11 enfants fréquentent le secondaire
- 07 malades ont quitté l'école
(4 filles et 3 garçons), dont 3 (trois) pour travailler.

┌ leur âge est de : 23 ans, 21 ans, 17 ans, 16 ans, 15 ans
15 ans, 13 ans et 12 ans.

Il s'agit surtout d'anciens malades traités pendant les années 1965 à 67 ┘

Remarquons, que les 48 questionnaires constituant la base de notre recherche, comportent les deux (2) réponses successives aux questions (f) et (g).

Les autres n'ont pas été pris en compte du fait de l'impossibilité d'en tirer des conclusions valables.

On constate que depuis leur sortie de l'hôpital seulement six (6) enfants sont passés du primaire au secondaire.

Penchons-nous maintenant sur l'âge moyen des 41 enfants actuellement scolarisés afin de mesurer leur retard scolaire éventuel.

o D'après le tableau des âges que nous possédons, 22 enfants parmi les 41 qui fréquentent encore l'école, ont atteint l'âge normalement requis pour l'admission au secondaire (12 ans et plus).

o Or, nous n'en comptons que 11 (onze) au secondaire, d'après nos questionnaires.

Donc, (22 moins 11) enfants soit 50 % présentent un retard évident.

Les enfants âgés de 12 ans et plus, fréquentant le primaire se caractérisent par des retards scolaires se répartissant comme suit :

1 à 2 ans	:	6 enfants
3 ans	:	2 "
4 ans	:	2 "
5 ans	:	1 enfant

Sur 41 enfants aujourd'hui scolarisés, 05 d'entre eux accusent un retard très prononcé.

On peut se demander encore, quelle est la tranche d'âge intéressée par la scolarisation dans le secondaire.

En voici le tableau :

18 ans	01
17 ans	02
16 ans	01
15 ans ,	01
14 ans	04
13 ans	02
Total	11

Ce sont en moyenne les plus âgés, parmi les enfants qui vont actuellement en classe.

Encore une fois, comment peut-on interpréter ces chiffres ?

Il ne semble pas que nous puissions tirer de ces données, la conclusion que la maladie constitue la cause principale du retard scolaire.

Une déduction valable et certaine n'eût été possible qu'à partir de chiffres très précis et de réponses nombreuses. D'autant plus que d'autres facteurs expliqueraient très bien ce retard chez nos anciens malades où l'origine rurale prédomine.

Plusieurs causes extérieures peuvent intervenir, telles que :

- o absences répétées dues à l'éloignement de l'école par rapport au domicile.
- o habitude de non scolarisation des enfants, surtout des filles.
- o désintéressement de la famille, à l'égard de l'école.

Toutefois, l'influence de la maladie n'est pas à exclure.

b) L'enfant aimait-il l'école avant son hospitalisation ?

75 réponses :	65	<u>OUI</u>	(env. 87 %)
	10	<u>NON</u>	(env. 13 %)

c) L'enfant était-il pressé de retourner à l'école après sa sortie de l'Hôpital ?

71 réponses :	65	<u>OUI</u>	(env. 91 %)
	06	<u>NON</u>	(env. 13 %)

— Les chiffres obtenus en (b) et (c) sont presque similaires. On n'enregistre pas de changement important dans les dispositions des enfants vis à vis de l'école.

e) Son idée sur l'école a-t-elle changé quelque temps après sa reprise des classes ?

68 réponses :	31	<u>OUI</u>	(env. 46 %)
	37	<u>NON</u>	(env. 54 %)

Bon nombre d'enfants semblent déçus par l'école puisque six (6) seulement d'après les réponses en (c) n'étaient pas pressés de retourner à l'école, alors que 31 changent d'avis.

Notons par ailleurs que ces 06 enfants ayant répondu NON à la question (c), ne figurent pas parmi ceux qui ont changé d'idée sur l'école.

Ces constatations nous amènent à formuler l'hypothèse suivante :

- étant donné que 65 enfants sur 71 étaient pressés de retourner à l'école, que 31 changent d'avis quelque temps après la reprise des classes, on se demande pourquoi un tel revivement a lieu.

Nous invoquerons :

- soit une désadaptation au milieu des anciens camarades de l'école.
- soit la perte de l'habitude à fournir un effort intellectuel.

- soit une aversion à l'égard de la discipline scolaire (alors que dans leurs familles ces enfants sont certainement très ménagés du fait de la maladie).

j) L'enfant a-t-il retrouvé les mêmes camarades de classe

60 réponses : 40 OUI (= 2/3)
 20 NON (= 1/3)

20 enfants ont échangé de camarades de classe.

POURQUOI ?

Les enfants hospitalisés ont-ils été dépassés à l'école, par les autres ?

Après vérification, seulement 08 sur ces 20 enfants, appartiennent au groupe des retardés scolaires -

La proportion des enfants n'ayant pas retrouvé leurs anciens camarades de classe par suite de maladie et pour cause de retard scolaire s'élève à 08 sur 60.

Donc une autre explication, autre que l'hospitalisation existe dans les réponses affirmatives à cette question (j), et pour une proportion majeure de malades.

Mauvaise compréhension de la question, de la part des enquêtés ?

Cela est fort probable, l'erreur est en effet fréquente d'utiliser l'expression "camarades de classe" pour celle de "camarades de jeux".

— Cette constatation consolide l'idée émise en (c) de la déshabitude de la perte de contact de ces enfants avec leur milieu originaire du fait de la longue hospitalisation.

k) S'est-il plutôt retrouvé avec des éléments plus jeunes ?

60 réponses : 28 OUI (env. 47 %)
 32 NON (env. 53 %)

Ces chiffres expriment que la question (j) n'a pas été saisie dans son sens initial, puisque le nombre d'enfants s'étant retrouvé avec des éléments plus jeunes excède celui, de ceux qui n'ont pas retrouvés les mêmes camarades de classe.

L'hypothèse d'un manque de sincérité de la part des parents n'est pas à rejeter.

1) Se plaint-il de cela ?

56 réponses	:	16	<u>OUI</u>	(env 29 %)
		40	<u>NON</u>	(env. 71 %)

Sur les 20 enfants qui n'ont pas retrouvé les mêmes camarades de classe, sept (07) s'en plaignent.

Quelque soit le sens donné par les enquêtés à cette question, la désadaptation ou le retard scolaire impliqués par ces réponses, montre que cette situation est souvent ressentie par l'enfant comme une frustration.

D'autre part, les chiffres ne semblent pas très démonstratifs; il faut souligner qu'il s'agit là d'une question très délicate qui risque fort d'exposer les réponses au subjectivisme des parents.

Ces derniers ont l'impression d'évaluer leur enfant; dans cette mesure il leur est très difficile de se montrer objectifs.

h) Ses résultats scolaires sont-ils les mêmes ?

60 réponses :

Résultats Meilleurs	:	34 cas	(env 57 %)
Résultats Moins bons	:	26 cas	(env. 43 %)

Pour la majorité, l'hospitalisation n'a pas été un facteur de regression dans les résultats scolaires.

A ce propos, on sait qu'un enseignement a été dispensé à nos malades par des éducateurs au sein du C. H. U. de Béni-Messous, centre où les séjours ont été les plus longs.

Cependant 43 % des enfants travaillent moins bien ce qui est une proportion très grande.

Ils semblent subir la conséquence de leur absence à l'école.

EN RESUME

. Certains enfants ont pu se réadapter au rythme de l'école et ne présentent pas de retard scolaire grave.

. Mais il est sûr, que pour un grand nombre d'entre eux, l'arrêt des classes dû à l'hospitalisation a engendré un retard scolaire notable.

B - L'ENFANT ET SON INSERTION SOCIALE (2^e Rubrique)

a) A-t-il retrouvé les mêmes compagnons de jeux ?

68 réponses : 57 OUI (~~en~~84 %)
11 NON (env16 %)

b) Si, non, est-ce parce qu'il ne voulait pas les retrouver ?

58 réponses

- 9 enfants sur les 11 ayant répondu NON à la question (a) ont été victimes d'un rejet de la part de l'ancien groupe de jeux.
- Parmi ces 11 enfants, un seul n'a pas répondu à la question (b)
- Un seul cas de refus par l'enfant de rejoindre ses anciens camarades.

Néanmoins le cas des 9 enfants peut s'expliquer autrement :

- changement de domicile des parents et par la même de quartier d'où dislocation du groupe de jeux.

Au cours de l'enquête d'ailleurs, quelques questionnaires avaient été renvoyés une première fois avec indication d'une nouvelle adresse. Les cas de changement de domicile ont pu être plus nombreux car dans les petits villages les gens se connaissent bien et se transmettent lettres et colis d'une maison à une autre, d'un quartier à l'autre.

c) Semble-t-il déçu ?

57 réponses : 14 OUI
43 NON

Rapprochons ces réponses de celles obtenues à la question (a). Si nous reprenons les questionnaires dans le détail, nous nous rendons compte que sur 11 enfants qui n'ont pas retrouvé les mêmes compagnons de jeux, 4 seulement sont déçus. Cette constatation confirme notre thèse avancée en (b), ces enfants ne sont pas tous victimes d'un rejet de la part de leur ancien groupe de jeux.

Cette désinsertion peut avoir des causes extérieures.

d) Quels sont ses jeux préférés actuellement ?

Nous avons regroupé les jeux cités par les parents en 2 catégories :

43 réponses - Jeux actifs : 35 soit 80 %
" tranquilles: 08 soit 20 %

f) Quels étaient ses jeux préférés avant son hospitalisation ?

43 réponses - Jeux actifs 21
" tranquilles 22

—On enregistre un net accroissement de la pratique des jeux actifs par rapport aux jeux passifs après la sortie de l'hôpital.

L'amélioration de l'état général de ces enfants explique sans aucun doute, cette évolution.

e) Parle-t-il des camarades qu'il a eu à l'Hôpital ?

72 réponses : 56 OUI
16 NON

Le séjour à l'hôpital a permis à ces enfants de se faire de nouveaux camarades.

Les liens qu'entretiennent les enfants avec autrui se chargent très vite d'affectivité.

Donc, à l'hôpital, la création d'un groupe social homogène se fit très rapidement avec des jeux, des relations affectives, etc... (les membres de ce groupe se caractérisent par des problèmes et des intérêts identiques, les liens se renforcent d'autant plus).

g) Joue-t-il avec ses frères et soeurs ?

72 réponses : 62 OUI
06 NON

Une bonne réadaptation à l'ambiance familiale est réalisée.

h) S'entend-il avec eux ?

67 réponses :

- moins bien qu'avant : 10
- comme avant : 14
- mieux qu'avant : 43

La conclusion tirée en (g) se vérifie par ces réponses. En outre, l'enfant opéré bénéficie sans doute, de soins particuliers; aussi bon nombre de frictions qui ont généralement lieu entre frères et soeurs lui sont évitées.

On peut également émettre l'idée suivante :

- en milieu hospitalier l'enfant a développé son esprit d'équipe; aussi dans le milieu familial il parvient à mieux comprendre et assumer les relations interfraternelles.

j) Se met-il de côté quand il y a beaucoup de monde autour de lui ?

74 réponses : 24 OUI (env 32 %)
50 NON (env. 68 %)

Par cette question, nous recherchons l'existence chez ces enfants d'un sentiment d'infériorité, d'un certain complexe, entraînant une timidité et un isolationisme au sein d'un regroupement de personnes étrangères.

Dans cette perspective, le pourcentage de 32, se révèle suffisamment démonstratif.

D'ailleurs, l'objectivité des parents qui répondent par NON à cette question appelle un doute de notre part.

En effet, peu de parents, consciemment ou non, admettent un comportement spécial de leur enfant. Néanmoins, concernant les 50 (NON) enfants se disant parfaitement adaptés, rappelons encore le facteur socialisant du groupe de malades pendant leur vie à l'hôpital.

k) Etait-il ainsi avant la maladie ?

69 réponses : 29 OUI
 40 NON

Parmi les enfants qui répondent OUI à cette question, 20 appartiennent au lot des 50 malades ayant répondu NON à la question précédente.

✕ 30 ont vu leur esprit se détendre et s'ouvrir après le passage à l'hôpital.

Notons d'autre part, que l'âge des enfants a changé depuis le hospitalisation, surtout pour ceux hospitalisés pendant les lères années de notre enquête (1965-66)...

Donc une influence de l'âge n'est pas à exclure dans la disparition de la timidité. Par contre certains de nos enfants sont concernés par la "crise d'adolescence" avec tendance à la timidité; ce dernier point soulève un doute quant à l'hypothèse émise précédemment sur l'influence de l'âge.

C - L'ENFANT ET SA CICATRICE (3e Rubrique)

a) Parle-t-il de sa cicatrice ?

b) Dans le choix de ses vêtements avez-vous l'impression qu'il en tient compte ?

On sait que l'intervention chirurgicale laisse subsister une grande cicatrice sur le thorax (souvent sur la face postéro-latérale mesurant plusieurs dizaines de centimètres).

75 réponses pour (a) et(b).

		(a)	(b)
OUI	Garçons	22	32
	Filles	20	31
NON	Garçons	17	7
	Filles	16	5

(a) - 42 enfants parlent de leur cicatrice (56 %)
- 33 n'en parlent pas (44 %)

Plus de la moitié des enfants tiennent compte de cette cicatrice et en parlent. La proportion est sensiblement la même dans les 2 sexes.

(b) - 63 OUI (86 %)
- 12 NON (14 %)

Les chiffres reflètent bien l'importance de cette cicatrice dans la vie des malades aussi bien filles que garçons . Leur âge explique dans une large part , cette préoccupation.

D'après l'analyse des réponses obtenues en (j) et (k), il n'apparaissait pas que les malades fussent particulièrement timides ou compléxés. Cela peut être rattaché au fait que la cicatrice n'est pas visible lorsqu'elle est cachée par les vêtements.

Les réponses obtenues à cette 3e rubrique, montrent tout de même que la cicatrice engendre d'importantes préoccupations surtout à l'adolescence.

D - ETAT DE SANTE DES ENFANTS DEPUIS L'INTERVENTION
=====

Nous avons reçu 71 réponses à cette dernière question posée aux proches de nos malades, sur ces 71 enfants, 50 n'ont pas été malades depuis (soit 70 % environ).

Pour les 21 restants, la répartition se fait comme suit :

- 10 - épisodes bronchitiques
- 3 - hémoptysis + toux
- 2 - épistaxis +toux
- 1 - méningite cérébrospinale
- 1 - Ictère (Hépatite)
- 1 - Cardiopathie
- 3 - Douleurs au niveau de la cicatrice.

Mises à part ces douleurs au niveau de la cicatrice signalées (3 fois) par les proches de nos malades, on ne note pas de lien entre le reste de la pathologie relevée (sur le tableau précédent) et l'hydatidose pulmonaire.

D I S C U S S I O N

Nous comparerons nos résultats avec ceux de la Littérature Médicale, successivement pour les conséquences économiques et les conséquences psychosociales.

CONSEQUENCES ECONOMIQUES

- - - - -

Le coût annuel de la maladie obtenu à partir de notre travail s'élève donc à environ 7000.000 de dinars.

Ce chiffre est d'ailleurs bien en-deçà de la réalité puisque la maladie occasionne des dépenses difficiles à évaluer certes, mais non moins importantes, et qui n'apparaissent pas dans notre calcul du coût annuel de la maladie. (Nombreux enfants ont été hospitalisés dans les villes de l'intérieur du pays et ont reçu des traitements coûteux).

Ce coût représente environ 1/8ème du budget consacré annuellement à la lutte antituberculeuse en Algérie.

Pour tester nos résultats, le seul ouvrage auquel nous pouvons nous référer est celui de D. LARBAOUI sur le "Kyste Hydatique et Poumon en Algérie" (Premier Congrès Maghrébin - Casablanca 3 et 4/5/71).

Cet auteur évalue le coût de la maladie à 6.000.000 DA/an. La concordance de nos résultats nous amène à conclure avec lui, que l'Hydatidose pulmonaire est un véritable fléau économique.

Les solutions à envisager sont avant tout préventives.

Retenons comme exemple celui de l'Islande où 1(un) habitant sur 6(six) était porteur de Kyste Hydatique au début du XXe siècle. Pays alors comparable à l'Algérie sur le plan du développement, il a réussi durant la première moitié de ce siècle, à éradiquer la maladie, en joignant à la thérapeutique chirurgicale, une prophylaxie énergique.

En Algérie, l'indice épidémiologique élevé (5,6 pour 100.000 habitants) appelle des mesures sérieuses.

Bien sûr, on s'attachera à dépister les sujets parasités et à les traiter. Il faudra aussi réaliser une protection individuelle du sujet sain dans le contexte d'une hygiène générale. (aliments et eaux infestés).

° P R O P H Y L A X I E

Les mesures préventives sont directement inspirées des facteurs épidémiologiques.

a) Rappel :

Le chien est l'Hôte définitif le plus important du parasite; puis viennent le chacal, le fennec, l'Hyène, le chat.

Ceux-ci s'infestent en ingérant les kystes scolécifères que l'on trouve surtout chez le mouton (21, 8 % en Algérie pour SENEVET en 1951) le boeuf, plus rarement les caprins et le chameau.

L'Homme se contaminera accidentellement en ingérant des oeufs de Taenia, soit directement par contact avec le chien, soit indirectement par les aliments (viande) et l'eau.

b) Mesures préventives :

o Conduite de la protection générale selon 3 plans :

— Supprimer ou stériliser les sources d'infestation :

- . Traiter et contrôler les chiens utiles, par des vermifuges (Bromhydrate d'Arécoline à raison de 4 mg 1kg/jour) efficaces et peu coûteux.
- . Abattage des chiens errants et des hôtes accessoires du Taenia (chacal, fennecs...)

— Briser la chaîne de transmission du parasite :

- . Interdire l'entrée des abattoirs aux chiens, en insistant sur le danger à leur jeter en pâture des viscères hydatifères,
- . Saisir et détruire les abats infestés avant de les enfouir profondément sous terre.

- . Supprimer les abattages clandestins dans les souks,
- . Multiplier le nombre d'abattoirs municipaux contrôlés,
- . Augmenter le personnel technique de contrôle (Médecins-vétérinaires et assistants),
- . Essayer de résoudre le problème de l'Afd-El-Adha (fête durant laquelle on sacrifie des dizaines de milliers de moutons sans aucun contrôle).

— Informers la Population :

Mettre en place une éducation sanitaire constante; pour cela utiliser tous les moyens :

- . Presse, radio, télévision,
- . films documentaires et brochures éducatives résumant simplement les mesures préventives et le grand danger couru.
- . intégration dans les programmes d'enseignement à tous les niveaux, de la connaissance des maladies transmissibles, parasitaires ou infectieuses.
- . organisation d'une journée nationale de lutte contre l'Hydatidose, avec la participation de toutes les organisations de masse (Enseignants, Croissant Rouge Algérien, Etudiants, etc...).

Dans le cadre de cette journée on pourrait surtout essayer de solutionner tous les problèmes des abattoirs; en particulier faire la chasse aux chiens errants qui sont porteurs et vecteurs non seulement de l'Hydatidose, mais aussi de la rage et des leishmanioses.

- - - - -

CONSEQUENCES PSYCHOSOCIALES

- - - - -

Nous avons vu que cette maladie est un véritable fléau économique. Serait-elle également un fléau social ou psychosocial ?

Un bref rappel des conclusions qui se dégagent de nos résultats, nous permettra de répondre à cette question.

° L'ENFANT ET L'ECOLE

On a pu se rendre compte que la maladie n'est pas la cause principale de l'abandon des classes chez ces enfants.

Mais l'influence de la maladie sur le retard scolaire est certaine. Cela est dû en grande partie aux séjours à l'hôpital généralement trop longs.

En effet la durée moyenne d'hospitalisation a été de 115 jours, soit environ 4 mois, par enfant.

Plusieurs enfants ont pu néanmoins se réadapter au rythme de l'école et ne présentent pas de retard scolaire grave.

A ce propos, rappelons les conclusions auxquelles est parvenu BOWLBY dans son étude sur les "effets du séjour hospitalier chez les enfants".

Il a constaté que les effets d'un séjour à l'hôpital, même prolongé, ne sont pas aussi graves qu'on l'avait craint.

Cet auteur a fait l'expérience suivante.

Il s'est penché sur le cas d'enfants tuberculeux hospitalisés pendant longtemps.

Quelques années après leur sortie de l'hôpital ils furent comparés à un groupe d'enfants témoins (donc n'ayant pas été hospitalisés).

Il a constaté que les anciens malades présentaient quelques troubles du comportement mais leur adaptation et leurs progrès scolaires n'étaient pas inférieurs à ceux du groupe témoin.

° SANTE DES ENFANTS APRES LA SORTIE DE L'HOPITAL

La cure chirurgicale du Kyste Hydatique pulmonaire est un traitement radical.

On n'observe pas de complications à long terme.

Bien au contraire, l'état physique de ces enfants se trouve nettement amélioré. On a retrouvé un net accroissement des jeux actifs par rapport aux jeux passifs après la sortie de l'hôpital.

° L'ENFANT ET SON INSERTION SOCIALE

Les enfants ne sont pas victimes d'un rejet de la part de leur ancien groupe de jeux.

On a noté également une bonne réadaptation à l'ambiance familiale.

° L'ENFANT ET SA CICATRICE

La cicatrice laissée par l'intervention engendre une préoccupation très importante chez la grande majorité des enfants et ce pour les 2 sexes.

Elle répond à un souci d'ordre esthétique chez ces anciens malades dont la plupart sont des adolescents au moment de notre enquête.

Il ressort de tout cela que l'attitude de ces enfants à l'égard du social, est bonne dans de nombreux cas.

Néanmoins, nous n'avons pas pu très bien nous renseigner sur l'état de ces enfants du point de vue effectif.

SULA . WOLFF ("Enfants perturbés" - 1969) déduit de la comparaison d'enfants atteints de troubles psychiques, et d'enfants normaux, que les enfants perturbés ont été à l'hôpital plus souvent et plus longtemps que les autres.

Nous sommes d'accord avec cet auteur pour dire que les enfants hospitalisés sans aller jusqu'à présenter dans tous les cas des troubles psychiques ou du comportement, deviennent plus vulnérables.

Ils ont besoin par conséquent d'une aide qualifiée pour combattre les états d'anxiété causés par la maladie.

Cela est d'autant plus vrai pour des enfants ayant subi une intervention chirurgicale, qui a produit en eux un "choc opératoire".

Ce "choc" est générateur d'une angoisse qui constitue une défense de l'enfant contre l'agression à son intégrité corporelle.

L'angoisse provoquée par ce "choc" persiste sous la forme d'une fragilité psychosomatique après la sortie de l'hôpital.

La cicatrice est le vestige visible de cette agression.

On peut retenir que la maladie n'affecte pas l'enfant traité dans son intelligence ni dans son corps. Mais elle risque d'entraîner un retard scolaire important qui compromettra dangereusement l'avenir de l'enfant.

Enfin elle atteint l'enfant dans son affectivité. Et l'équilibre de sa personnalité pourra s'en trouver perturbé.

En un mot, sachant que le taux de mortalité est de 3,8 % d'après notre étude, et pour toutes les raisons invoquées ci-dessus, on peut dire que l'Hydatidose représente un fléau social.

Par conséquent, il s'impose à nous de rechercher puis de recenser les moyens susceptibles de l'atténuer dans ses effets sociaux.

Les conséquences psychosociales semblent découler principalement de 2 grands facteurs :

- Hospitalisation trop prolongée
- "Choc opératoire" suivi de la longue cicatrice thoracique.

L'exercice chirurgicale étant obligatoire pour guérir ces malades, on ne peut envisager aucun remède à ce second facteur.

Les solutions à apporter, ne pourront donc agir que sur le premier point.

Comment réduire ces longs séjours hospitaliers ?

- o le diagnostic de l'Hydatidose doit être posé rapidement

Pour cela tout médecin en Algérie doit être informé des multiples aspects radiologiques du Kyste Hydatique, et devant le moindre doute recourir aux épreuves biologiques dont la précision, la fidélité et la spécificité n'ont fait qu'augmenter ces dernières années. (Hypéréosinophilie Test d'Allergie cutanée; et surtout les réactions sérologiques de l'Institut Pasteur d'Alger).

- o les conditions d'hospitalisation doivent être aménagées.

On doit offrir à ces malades la possibilité de se faire opérer rapidement :

- en augmentant le nombre de chirurgiens spécialisés exerçant à l'intérieur du pays,

- en révisant les conditions matérielles des différents services de chirurgie où auraient lieu les interventions.

On arriverait alors à une meilleure rotation des malades dans les centres hospitaliers.

- - - - -

CONCLUSION GENERALE

Nous avons recueilli 104 cas de Kyste Hydatique du poumon chez l'enfant, observés dans le service de Pneumophtisiologie de la Clinique de Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Issaad Hassani de Béni-Messous.

Nous nous sommes efforcés de rechercher les conséquences socioéconomiques de cette maladie.

1/ Pour l'estimation des conséquences économiques, nous avons recueilli auprès des économats des 2 hôpitaux (Mustapha et Béni-Messous) :

- le prix de la journée d'hospitalisation, pour les différentes années de 1965 à 1972,

- le prix des interventions pratiquées en chirurgie thoracique.

La durée d'hospitalisation pour chaque enfant a été prise en compte dans le calcul du coût hospitalier global concernant les malades traités.

Il ressort que le coût de la maladie pour chaque enfant s'élève en moyenne à 7 000 Dinars.

Par la suite, nous avons inclu dans le calcul du coût annuel de la maladie les dépenses relatives à la saisie et la destruction des abats infestés, évaluées à 3.337.750 DA par D. LARBAOUI. Notre coût de la maladie revient donc à : 7.000.000 Dinars par an.

Ce chiffre représente 1/8e du budget national consacré annuellement à la lutte antituberculeuse.

Le montant des dépenses dues à l'hydatidose s'avère excessif.

L'hospitalisation prolongée (souvent inutilement) constitue le facteur principal expliquant ce coût de la maladie.

2/ L'appréciation des conséquences psychosociales exigeait une approche spéciale.

Nous avons opté pour l'Enquête, par voie postale, avec questionnaires fermés.

Nos questions peuvent se regrouper sous 4 rubriques :

- l'enfant et l'école
- l'enfant et son insertion sociale
- l'enfant et sa cicatrice
- santé de l'enfant après la sortie de l'hôpital.

100 questionnaires furent envoyés; seulement 75 nous furent retournés remplis dont une proportion variable selon les questions étaient exploitables.

Les conséquences remarquables, peuvent se résumer ainsi :

- de nombreux retards scolaires (en moyenne 1 à 2 années)
- on relève que les enfants sont fortement affectés par l'existence de la cicatrice laissée sur le corps par l'intervention.

Cette préoccupation répond à un souci d'ordre esthétique aussi bien chez la fille que chez le garçon.

Il faudrait pour saisir toute l'importance de cette cicatrice la replacer dans le contexte psychologique où elle naquit.

Elle est le vestige d'un "choc opératoire" et psychologique vivement ressenti par l'enfant au moment de l'intervention.

3/ rappelons enfin le taux de mortalité de cette affection qui est de 3,8 % selon notre étude.

Concluons, en disant que cette parasitose représente un véritable fléau socioéconomique et nécessite donc des mesures préventives urgentes et énergiques.

Nos pouvoirs publics doivent garder à l'esprit l'exemple remarquable de l'Islande dans la lutte contre cette maladie. Une action étendue à l'échelle Maghrébine serait encore plus souhaitable et bénéfique.

- - - - -

B I B L I O G R A P H I E

- - - - -

1. K. ABDERRAHIM
- Kyste Hydatique et plèvre
Thèse - Alger 1963.
2. M. ADJRAD
- Kyste Hydatique et tuberculose pulmonaire
Thèse - Alger 1969.
3. M. BALDOMIR
- L'échinococcose en Uruguay
Af. Fr. Chir. 1951, Octobre, Novembre,
Décembre - 374.
4. F. BENOSMAN
- Considération épidémiologiques sur l'hydatidose animale
en Tunisie.
Deuxièmes Journées Médicales Maghrébine, Mai 1966.
5. L. C. BRUMPT
- Prophylaxie des kystes hydatiques.
Rev. Prat. 1961 - 11, 1, 79.
6. W. CALVIN, A. SCHWABE
- Epidémiologie of échinococcosis
Bull. O. M. S. 1968 - 39, 1, 13.
7. A. CAPRON, J. BIGUET, A. VERNES
- Le diagnostic immunoélectrophonétique de l'hydatidose.
Journée d'hydatidologie - Lyon 1966, p. , Simep Ed.
8. N. COUSI
- L'échinococcose en Tunisie
Archives Intern. de l'Hydatidosis, 1951, 12, 53.

9. E. CURTILLET

- Les kystes hydatiques multiples du poumon
Arch. Int. Hydat. 1951, - 12, 1, 2, 49

10. F. DEVE

- L'échinococcose secondaire
Masson 1946

11. F. DEVE

- L'échinococcose primitive
Masson 1949

12. F. DEVE

- Vue d'ensemble sur l'échinococcose secondaire des séreuses
Alg. Méd., Mai 1939, 24

13. V. DOR, J. HOUEL

- Le Kyste hydatique du poumon, considération anatomo-chirurgicales. A propos d'une observation chez un enfant et d'une statistique de 500 cas opérés.
Annales Chir. Thor. et Card. Vasc. 1967, 6, 2
369-374.

14. M. DUNGAL

- Disparition de la maladie hydatique en Islande
Af. Fr. Chir. 1951, Octobre, Novembre, Décembre -
392.

15. J. FOGLIATTO and H. W. PINOTTI

- Epidemiologic features of human hydatid disease in the state of Rio-Grande do Sul.
(Résumé) Rev. Inst. Méd. Trop. S. Paulo, 1967
9, 6, - 415 - 418.

16. P. GOINARD, J. PEGULLO, G. PELISSIER

- Le Kyste hydatique
Masson 1960 - Paris.

17. M. GRABER, P. TRONCY, R. TABO, J. SERVICE, O. OUMATIE
- L'échinococcose - Hydatidose - en Afrique Centrale
I. Echinococcose des animaux domestiques et sauvages.
Rev. Elev. Med. Vet., Pays Trop., 1969, 22 (1),
55-67.
18. P. GUEDJ et Coll.
- Les formes atypiques de la maladie hydatique du poumon.
Ann. Chir. Thor. Card., 1965, 4, 549-555.
19. A. GUERRERO, B. FOUSSIER, A. DALATI.
- Hydatidose pulmonaire au Maroc.
Le poumon et Coeur, 1961, 3, 395.
20. B. HAMIDOU, S. KANDIL
- Les kystes hydatiques du foie en Oranie.
Deuxièmes Journées Médicales Maghrébines, Alger
3, 4, 5 Mai 1966, p. 29;
21. J. HOUEL, R. DESHOUGUES, R. DUMAZER
- Les déboires du traitement conservateur du kyste hydatique
du poumon.
Poumon et coeur, 1959, 4, 391-402.
22. A. B. HOWKINS
- Epidémiologie de la maladie hydatique dans les nouvelles
Galles du Sud Orientales Australien.
Austr. Vet. J. 1966, 42, 9, 313-314 (Résumé)
23. G. IRVING, KAGAN
- A Rewiew of sérological tests for the diagnostic of hydatid
disease.
Bull. O.M.S. 1968, 39, 1 25-37
24. C. LACROIX, J. JOUANNEAU, J. THIODET
- Les aspects de la prophylaxie de l'hydatidose en Algérie.
Alg. Méd. 1955, 59, 3, 229-234.

25. A. LARAKI

- Le kyste hydatique pulmonaire en milieu marocain.
J. F Méd. Chir. Thor., Novembre, Décembre 1962,
16, 7, 785-795.

26. D. LARBAOUI, P. CHAULET, N. OUSSEDIK

- Le kyste hydatique du poumon dans la pratique médicale courante en Algérie.
Bull. I. N. S. P., Alger 1966.

27. D. LARBAOUI

- Kyste Hydatique et Poumon en Algérie
Premier Congrès Médical Maghrébin - Casablanca
3, 4 Mai 1971.

28. Y. LE COROLLER, Y. GUY, R. BONNARDOT, G. DJILLALI,
R. DE LECUBARRI

- Essais comparés d'antigènes hydatiques deplipidés d'origine animale et humaine en IDR de Casoni.
Arch. Inst. Past, Alger 1968, 46, 133-141.

29. A. LEVI-VALENSI, A. ZAFRAN, P. MIGHERES

- Kyste hydatique et bronchoscopie.
Af. Fr. Chir. 1951, 3, 179.

30. A. LEVI-VALENSI, A. ZAFRAN

- Intérêt de la bronchoscopie pour le diagnostic et le traitement de l'hydatidose pulmonaire.
Sem. Op., 1956, 32, 1058-1066.

31. L. MOKHTARI

- Epidémiologie du kyste hydatique en Algérie
Place de la localisation pulmonaire
Alg. Méd. Chir., 1966, 3, 3, 85-90

32. O. M. S.

- Série rapports techniques (Comité Mixte FAO/OMS d'experts sur les Zoonoses)
N° 169, 1959 et N° 378, 1967.

33. O. M. S.

- L'Hydatidose
Bull. 1968, 22, 12.

34. N. OUSSEDIK

- Kyste hydatique + tuberculose pulmonaire
Société Alg. Pn. Pht., Constantine 10 Janvier 1970.

35. S. PAMPIGLIONE

- L'hydatidose
Bull. I. N. S. P., Alger 1965, 2, 3-16.

36. S. PAMPIGLIONE, L. MOKHTARI

- Epidémiologie du kyste hydatique en Algérie
Dédutions d'une enquête en milieu chirurgical
Com. Deuxièmes Journées Med. Chir. Maghreb,
Alger, 4 Mai 1966.

37. A. SEBIANE

- Aspects cliniques, radiologique du Kyste hydatique pulmo-
naire chez l'enfant Algérien
(Thèse Alger 1973)

38. G. SENEVET

- Epidémiologie du Kyste hydatique en Afrique du Nord
Arch. Inter. Hydatid. 1951, 12, 1-2, 115-120.

39. SULA. WOLFF (et BOWLBY)

- "Les Enfants Perturbés"
1969.

40. A. ZIROUT

- Les "images en grelot".
Thèse - Alger 1963.

- - - - -

PLAN D'ETUDE

	Pages
<u>INTRODUCTION</u>	08
<u>CHAPITRE I</u>	11
. Matériel utilisé	12
. Méthodes d'Etude	17
<u>CHAPITRE II - RESULTATS -</u>	24
. Conséquences Economiques	25
. Conséquences psychosociales	32
<u>CHAPITRE III - DISCUSSION -</u>	46
. Conséquences Economiques	47
. Conséquences Psychosociales	50
<u>CONCLUSION</u>	54
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	58

